

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 61

DE L'OUVERTURE DANS LA VESSIE

par voie sous-péritonéale

des abcès appendiculaires résiduels

après ablation de l'appendice

CLINIQUE de M. le PROFESSEUR TIXIER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul TRÉSARIEUX

né le 13 avril 1895, à Allasac (Corrèze)



LYON

Imprimerie Jean DEPRELLE

ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553223_0095

DE L'OUVERTURE DANS LA VESSIE

par voie sous-péritonéale

des abcès appendiculaires résiduels

après ablation de l'appendice

DE L'OUVERTURE DANS LA VESSIE

par voie sous-péritonéale

des abcès appendiculaires résiduels

après ablation de l'appendice

CLINIQUE de M. le PROFESSEUR TIXIER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul TRÉSARIEUX

né le 13 avril 1895, à Allasac (Corrèze)



LYON

—
Imprimerie Jean DEPRELLE
ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. M. HUGOUNENQ

Doyen. MM. J. LÉPINE
Assesseur. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD COMMANDEUR ROLLET NICOLAS LÉPINE (J.) WEILL POLLOSSON (A.) LANNOIS ROCHET NOVE-JOSSERAND CLUZET HUGOUNENQ MOREL X. GUIART LATARJET POLICART DOYON COLLET MOURIQUAND PAVIOI VILLARD ARLOING (F.) ETIENNE MARTIN COURMONT (P) PIC MOREAU
Cliniques chirurgicales	{
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique neurologique et psychiatrique	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargés d'un cours de :	Pathologie externe	VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	PROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	BONNET
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE G.	NOEL, chargé des
CADE	COTTE	ROCHAIX	fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; THÉVENOT Léon, Assesseur
MM. COTTE et DUROUX, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Sa vie austère et toute de sacrifices
nous a tracé la voie du Devoir.
Ce sera pour nous une obligation
constante de ne jamais nous en
écarter.

A MA MERE

Qu'elle reçoive, dans ce modeste
travail, la récompense de tous les
sacrifices qu'elle s'est imposés
pour nous, et de la tendresse infi-
nie dont elle nous a toujours en-
touré.

MEIS ET AMICIS

A LA MEMOIRE DE MON AMI
LE MARECHAL DES LOGIS PAUL JAMMAYRAC

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MES CAMARADES DU 14^e R. I. ET DU 417^e R. I.

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

PENDANT LA GRANDE GUERRE 1914-18

A MES CAMARADES LES MEDECINS AUXILIAIRES

MORTS POUR LA PATRIE EN FRANCE ET EN ORIENT

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de profond respect et
de reconnaissance pour l'honneur
qu'il a bien voulu nous faire en
présidant cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BONNET

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a honoré en nous con-
fiant ce travail. Nous sommes
heureux de pouvoir lui exprimer
notre respectueuse et sincère re-
connaissance pour la grande bien-
veillance qu'il nous a témoignée
et pour la bonté avec laquelle il
nous a toujours accueilli.

A MES JUGES

À M. LE MEDECIN PRINCIPAL DE 1^{re} CLASSE
LAFFORGUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDECIN CHEF DE L'HOPITAL MILITAIRE DE TOULOUSE
PROFESSEUR AGRÉGÉ DU VAL-DE-GRACE
PROFESSEUR D'HYDROLOGIE A LA FACULTÉ

Hommage de reconnaissance pour
la bienveillance dont il nous a
toujours fait preuve.

A MONSIEUR LE MEDECIN PRINCIPAL DE 2^{me} CLASSE
GORSE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL MILITAIRE
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

Nous avons été à plusieurs reprises
dans son service. Nous conserve-
rons toujours le souvenir de son
précieux enseignement et de sa
bonté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONTALEGRE

Il fut notre premier Maître. Ses
conseils et ses encouragements
furent pour nous d'un secours
inestimable. Qu'il veuille bien
recevoir l'expression de notre pro-
fonde reconnaissance.

A MES MAITRES DES FACULTES
DE TOULOUSE ET DE LYON

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans une sincère émotion que, arrivé à la fin de nos études médicales, nous allons quitter nos Maîtres Lyonnais pour remplir, dans la mesure de nos faibles moyens, la mission qui va incomber à chacun de nous dans la société.

Qu'il nous soit permis de rendre hommage à tous nos Maîtres civils et militaires dans les services desquels nous avons travaillé de longs mois.

Chez tous, nous avons trouvé, en plus de l'accueil le plus bienveillant, ce solide enseignement clinique qui n'est pas un des moindres mérites de l'Ecole lyonnaise. Nous ne saurions nous soustraire à la dette que nous avons ainsi contractée.

Notre reconnaissance et notre gratitude sont sans bornes pour notre excellent Maître M. le Professeur Tixier. Il nous a fait le plus grand honneur en acceptant de présider notre thèse. Ses cliniques magistrales, si intéressantes, si vives, et où l'érudition se mêlait à la bonté furent pour nous le plus précieux des enseignements. Quand nous nous trouverons, seul, auprès du malade qu'il nous faudra soulager et guérir, nous saurons nous souvenir des leçons qui nous furent faites et nous y trouverons, nous en sommes certains, l'aide la plus efficace.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le Professeur agrégé Paul Bonnet. C'est lui qui nous inspira le sujet de notre thèse. Il a bien voulu nous guider dans la rédaction de notre modeste travail. Il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses précieux conseils. Toujours empressé pour nous rendre notre tâche plus facile, il n'a jamais cessé d'être pour nous le guide le meilleur et le plus bienveillant.

Que tous nos Maîtres de la Faculté et de l'Hôpital, aussi bien à Lyon qu'à Toulouse, trouvent ici l'expression de notre très vive reconnaissance et de l'excellent souvenir que nous gardons de notre passage dans leurs cliniques et dans leurs cours.

Nous ne voulons pas terminer cet Avant-Propos sans saluer, le cœur serré d'émotion, la mémoire de nos Camarades d'étude et Amis morts au champ d'honneur. La cause pour laquelle ils tombèrent était sacrée et noble entre toutes. Leur Souvenir restera toujours présent à notre esprit.

INTRODUCTION

Dans le courant du mois de novembre 1921, se présentait à l'Hôtel-Dieu et y était opéré d'urgence pour appendicite, un homme qui fit par la suite une complication rare : un abcès sous-péritonéal, périrectal et péri-vésical qui s'ouvrit dans la vessie.

Devant cette évolution, M. le Professeur Bonnet voulut bien nous confier le travail de rechercher dans la littérature médicale si des cas analogues avaient été publiés et d'étudier ces abcès sous-péritonéaux pelviens d'origine appendiculaire.

Nous diviserons notre étude en quatre chapitres :

Dans le chapitre premier, nous étudierons les différentes loges que le petit bassin offre à l'infection et nous montrerons les variétés d'abcès qui découlent de l'envahissement de telle ou telle de ces loges.

Dans le chapitre II, nous parlerons de la pathogénie de ces abcès.

Le chapitre III sera consacré à une description très courte des complications qui peuvent survenir dans l'évolution de ces abcès, en nous efforçant surtout de mettre en relief l'un d'eux, la perforation de la vessie.

Enfin, dans notre dernier chapitre, nous montrerons

les particularités qu'a présentées le cas dont nous rapportons l'observation. Nous chercherons comment a pu se produire cet abcès et ce que l'on pourrait faire, pour éviter, dans des cas analogues sa formation.

CHAPITRE PREMIER

TOPOGRAPHIE DES ABCÈS SOUS-PÉRITONÉAUX PELVIENS D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Les abcès sous-péritonéaux d'origine appendiculaire peuvent présenter les localisations les plus variables.

1) Dans leur migration postérieure et haute ils peuvent créer soit des phlegmons de la fosse iliaque, soit des phlegmons lombaires, soit des iléo-psoïtes et même, remontant encore plus haut, donner parfois naissance à de véritables abcès périnéphrétiques. Ils peuvent même décoller le péritoine diaphragmatique, du muscle lui-même et former les abcès sous-phréniques post-appendiculaires.

2) Ils peuvent aussi envahir les parois de l'abdomen ; Nombreux sont, en effet, les cas qui ont été publiés, et même venir s'ouvrir dans la région crurale. A la faveur d'un canal péritonéo-vaginal libre, ces abcès peuvent s'y engager et venir faire saillie dans les bourses, comme l'a signalé Bériaud dans sa thèse.

3) Mais, pour aussi intéressantes que soient ces formes, nous ne saurions nous y arrêter, car elles dépassent de beaucoup le cadre de notre sujet. Nous n'envisagerons que les abcès évoluant dans la cavité pelvienne.

Pénétrant dans le petit bassin et envahissant l'espace compris autour de la vessie et celui entre elle et le rectum, ces abcès peuvent occuper diverses positions que nous allons essayer de préciser. Autour de la vessie, il existe en effet plusieurs espaces qui peuvent être simultanément ou séparément envahis. Ce sont :

a) En avant de la vessie se trouve la cavité de Retzius. Cet espace, relativement vaste, rempli de tissu cellulaire, s'étend du plancher pelvien à l'ombilic. Il est limité en avant par le feuillet postérieur de la gaine des droits et plus bas par la face postérieure des pubis, en arrière par l'aponévrose ombilico-prévésicale. Ce feuillet fibreux, triangulaire, accompagne les artères ombilicales et s'insère sur le plancher pelvien. Vaste dans le sens vertical, cette cavité s'étend fort peu sur les côtés, car l'aponévrose ombilico-prévésicale descend le long des faces antérieures et latérales du réservoir urinaire et ne tarde pas à se confondre avec l'aponévrose des muscles du plancher pelvien. Cette cavité, bien fermée à sa partie supérieure l'est bien moins au niveau de ses bords. Ce sont seulement des tractus lâches qui unissent en effet en ce point le feuillet fibreux à la paroi abdominale. Elle communique donc avec l'espace sous-péritonéal de la cavité abdominale et des fosses iliaques. Rien n'empêche donc les collections purulentes sous-péritonéales d'envahir la cavité de Retzius et réciproquement les abcès de la cavité de Retzius peuvent facilement envahir toute la région sous-péritonéale abdominale et atteindre même les fosses iliaques.

b) Dans le 17^e Congrès d'Urologie, Averseny attire l'attention sur une cavité entourant la vessie, cavité pure-

ment virtuelle, mais qui dans certaines conditions peut s'enflammer indépendamment des autres espaces. Elle est constituée par les gaines des nombreuses artères entourant la vessie : artères vésicales supérieures provenant de la partie restée perméable de l'artère ombilicale ; artères vésicales inférieures naissant de l'hypogastrique, artères vésicales postérieures, branches de l'hémorroïdale rant la vessie : artères vésicales supérieures provenant de la honteuse interne. Toutes ces artères s'anastomosent largement entre elles à la surface extérieure de la vessie formant le réseau périvésical et leurs gaines délimitent ainsi l'espace qu'Aversenq appelle espace périvésical.

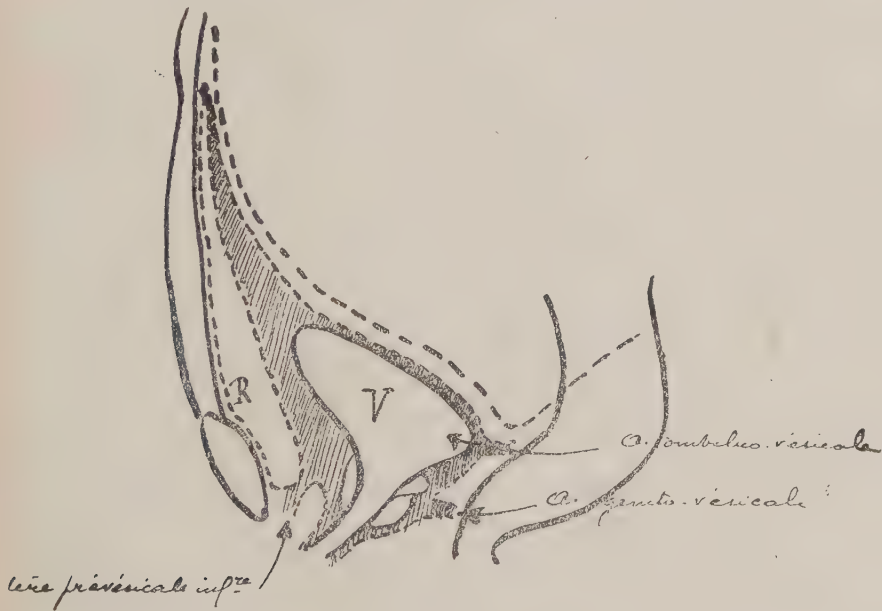


FIG. I. — Schéma destiné à montrer :

En R, la Cavité de Retzius ;

En hachures, l'espace périvésical avec, indiqués par des flèches, les pédicules vasculaires qui s'ouvrent dans cet espace.

c) L'espace rétrovésical est peu étendu et ne consiste guère qu'en une mince lame celluleuse située entre la vessie et les vésicules séminales.

d) L'espace latérovésical est compris entre la vessie et les muscles obturateurs internes et releveurs de l'anus recouverts de leurs aponévroses.

e) Enfin les abcès sous-péritonéaux pelviens peuvent envahir aussi l'espace prérectal.

Nous voyons donc que les abcès pelviens sous-péritonéaux peuvent envahir toute une série d'espaces :

1) La cavité de Retzius. — Nous aurons dans ce cas ce qu'Aversenq a proposé d'appeler les « paracystites », la Littérature Médicale relate quelques faits de ce genre et le plus typique est l'observation de l'enfant de 9 ans et demi que rapporte Brun dans la *Presse Médicale* du 18 juillet 1896, sous le titre « Abcès de la cavité de Retzius par appendicite ».

2) L'espace prévésical défini par Aversenq. Ce dernier a proposé d'appeler ces inflammations les « péricystites ». Brin, d'Angers, en a publié un cas en 1913. Nous nous excusons de ne pas le présenter : l'observation n'a pu être retrouvée et nous être communiquée.

3) Dans ce dernier cas, les abcès peuvent envahir les espaces rétro-vésicaux, latéro-vésicaux et pérectaux, formant des collections purulentes entourant en fer à cheval, rectum et vessie.

Dormoy, dans sa thèse (Lyon 1897) relate 17 observations d'appendicite pelvienne ; mais bien que signalant dans un de ses chapitres qu'il peut exister des abcès sous-péritonéaux, il n'a pas séparé de ses observations, celles qui se rapportent à ce groupe. Deux d'entre elles rentrent

manifestement dans notre description : ce sont les observations VII due au Docteur Gouilloud et surtout XI due au Professeur Gangolphe.

Ces abcès sous-péritonéaux périrectaux et périvésicaux sont d'ailleurs absolument comparables aux phlegmons du ligament large chez la femme. En effet, chez l'homme, les espaces prérectal et rétrovésical disparaissent à peu près par suite de la soudure de la lame vésico-déférentielle à la vessie d'une part, au rectum, de l'autre. Mais, chez la femme il en est autrement : ils persistent, chez elle, formant l'espace où se trouvent logés le col utérin ainsi que la base des ligaments larges. Aussi, le phlegmon du ligament large peut-il, tout comme l'abcès sous-péritonéal, périrectal et périvésical provoquer des phénomènes vésicaux, tels que la dysurie et les fréquences dans la miction et s'ouvrir de même spontanément dans la vessie.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

Au point de vue pathogénique, ces abcès peuvent se diviser en deux groupes différents :

- 1°) Les abcès exclusivement extra-péritonéaux ;
- 2°) Les abcès concomitants avec des abcès intra-péritonéaux.

1°) Abcès exclusivement extrapéritonéaux.

Leur fréquence est assez rare. Leur formation en effet est liée à une certaine disposition du péritoine entourant le cœcum. Il faut pour qu'ils se produisent que le cœcum possède un méso.

Ancel et Cavaillon, étudiant en 1907, les relations possibles du tissu conjonctif péricœcal et du tissu sous-péritonéal donnèrent de ce méso une disposition détaillée. Pour eux, c'est une formation secondaire. Il est formé de quatre feuillets : deux externes répondant au péritoine parétal, deux internes provenant du mésentère primitif.

Si une suppuration de l'appendice arrive dans ces cas, le pus peut fuser entre les feuillets, envahir le tissu cellulaire de la fosse iliaque, descendre dans le petit bassin,

provoquant les abcès sous-péritonéaux, sans atteinte du péritoine.

Ceci avait d'ailleurs été déjà bien vu par de nombreux auteurs qui, tout en admettant ce mode d'infection du tissu cellulaire sous-péritonéal, s'accordaient cependant pour reconnaître que les cas en étaient rares.

Ch. Monod, dans son livre « L'Appendicite », disait en 1894 : « L'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque droite doit être considérée comme d'origine appendiculaire. Elle est rare d'ailleurs puisque l'appendice, au début du mal, est ordinairement libre dans le péritoine. Aussi les lésions de voisinage que l'appendicite peut déterminer sont-elles plutôt intra que extra-péritonéales (péri plutôt que para-appendicite).

« Cependant, la para-appendicite existe. Elle est secondaire quand elle succède à une collection primitivement contenue dans la séreuse. Elle est primitive si elle peut être rattachée directement à l'inflammation de l'appendice sans participation du péritoine. On peut expliquer la propagation directe de l'inflammation par l'existence d'un méso. »

Brouardel et Gilbert, dans leur *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, s'expriment de la même façon : « Lorsque au lieu d'être complètement enveloppé par le péritoine, l'appendice possède un méso, cette disposition anatomique peut épargner au péritoine les injures de la perforation. Le pus de la cavité appendiculaire fuse entre les deux feuillets du méso et, envahissant le tissu cellulaire de la fosse iliaque, il provoque la cellulite, le phlegmon iliaque, l'abcès rétro-péritonéal. Formé de cette

manière, la collection est accessible sans incision du péritoine. »

2°) *Abcès concomitants avec des abcès intra-péritonéaux.*

La mode de formation de cette catégorie d'abcès est des plus faciles à expliquer. L'abcès appendiculaire s'est ouvert dans le péritoine par perforation de l'appendice. Là, des adhérences sont venues le limiter dans son extension et l'empêcher d'infecter toute la grande séreuse. Augmentant de volume et séparé de l'extérieur uniquement par le péritoine, il finit par le perforer et le pus se répand alors dans tous les espaces libres.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que cette éventualité est bien plus fréquente que celles des abcès exclusivement extra-péritonéaux.

Cette perforation du péritoine se fait d'ailleurs le plus souvent sans signes cliniques révélateurs et cet abcès sous-péritonéal secondaire n'est souvent décélé qu'à l'opération.

Toutes les localisations signalées dans notre chapitre I peuvent se retrouver ici. Ils peuvent s'ouvrir dans la vessie. Nous avons recherché s'il existait dans la littérature médicale des observations relatant l'ouverture d'abcès secondaires dans la vessie. Nos recherches n'ont pas été couronnées de succès.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION DE L'ABCÈS PÉRIVÉSICAL APPENDICULAIRE

Une fois formé autour de la vessie, comment peut évoluer l'abcès périvésical appendiculaire ?

Il agira de deux façons : par sa masse et par l'inflammation qu'il occasionnera autour de lui ; sans qu'il soit possible d'ailleurs souvent de définir exactement dans les symptômes ce qui revient en propre à l'une ou à l'autre.

1) Il pèsera sur le rectum et la vessie, provoquant des sensations de pesanteur du périnée, des troubles de la défécation et de la miction et réalisant ce que Bérard et Vignard signalent dans leur livre « L'Appendicite », sous le nom de « dysurie réflexe » consistant tantôt en envies fréquentes et douloureuses d'uriner, tantôt en accès de rétention obligeant à des cathéterismes répétés.

2) *Péricystite*. — Par l'inflammation qu'il crée autour de lui, l'abcès périvésical formera une périystite qui évoluera avec tous ses signes. Dans son rapport au 17^e Congrès d'Urologie, M. Aversenq distingue les formes suivantes :

a) *La forme séreuse*, forme de début.

b) *La forme cellulo adipeuse*, caractérisée par la cons-

titution autour de la vessie d'une véritable gangue de tissu fibreux et adipeux.

c) *La forme suppurée enkystée*, se traduisant par l'apparition d'abcès péricystiques pouvant se localiser autour de la paroi vésicale.

d) *La forme phlegmoneuse circonscrite*, extension de la précédente.

e) *La forme phlegmoneuse diffuse*, due à l'extension des lésions en dehors de la gaine prévésicale. Dans ce cas, le pus s'étend de toutes parts, gagne les viscères et avance profondément sous le plan périvésical.

D'après Bazy, les péricystites d'origine appendiculaire répondent soit à l'avant-dernière, soit à la dernière forme.

3) *Cystite vraie*. — Mais cette inflammation n'a pas seulement comme résultat d'atteindre le tissu cellulaire périvésical, elle atteint, si on n'intervient pas précocement, la vessie elle-même.

Dans ce cas, les différentes tuniques de la vessie peuvent s'épaissir créant le type de cystite interstitielle totale et se traduisant cliniquement par des cystites rebelles et douloureuses, par des douleurs provenant du défaut de souplesse et d'élasticité des parois vésicales qui ne peuvent plus se laisser distendre par l'urine.

4) *Perforation de la vessie*. Quoique étant une conséquence logique, les cas sont actuellement très rares dans la littérature médicale, d'ouverture dans la vessie d'abcès sous-péritonéaux. La cause en est peut-être dans le fait que dès que le diagnostic est posé, l'intervention s'en suit

immédiatement. Spontanément, si on laisse pericystite et cystite évoluer normalement, une perforation se crée après une période qui peut varier de 7 à 33 jours, comme l'a signalé Vladoff ; mais dont la moyenne est une quinzaine de jours. Occasionnellement, ce laps de temps peut être diminué, soit par un mouvement du malade, volontaire ou provoqué, soit par une simple manœuvre d'examen.

Cette perforation de la vessie peut se traduire à nous de différentes façons : Si elle est très minime, elle peut ne pas laisser passer de pus ou en évacuer simplement des traces que seul le microscope peut déceler ; mais elle peut, en ouvrant un petit vaisseau, provoquer une grosse hémorragie que l'on hésite parfois à rapporter à la faible lésion qui l'a produite.

Le plus souvent, la perforation, véritable perte de substance, mettant en communication abcès et vessie, se traduit à nos yeux par une miction purulente qui soulage beaucoup le malade et qui peut se renouveler tant que l'abcès n'est pas complètement vidé.

Ces perforations sont d'ailleurs susceptibles de guérir spontanément. Leur cicatrisation peut, en effet, se faire dans un laps de temps variant de une à dix semaines.

Le symptôme douleur est fort variable. La perforation peut être très douloureuse. Par contre, parfois, cet accident peut être parfaitement indolore ainsi qu'a pu le signaler Pauchet.

CHAPITRE IV

ETUDE DES PARTICULARITÉS DE NOTRE OBSERVATION

Nous voyons que presque toujours ces abcès se produisent alors que l'appendice est en place. Mais ils peuvent aussi se produire après intervention quand on a été obligé de laisser l'appendice.

Le cas que nous présentons dans notre observation est un peu différent et est intéressant à plusieurs points de vue : C'est un abcès sous-péritonéal périrecto-vésical survenu quinze jours après une appendicectomie. Il est nettement résiduel. Il a en plus présenté la complication rare de s'ouvrir spontanément dans la vessie quelques jours seulement après sa formation.

Nous pouvons essayer de nous demander comment le pus est arrivé à se frayer un passage pour envahir l'espace périvésical.

L'étude topographique de la plaie, quinze jours après la première intervention, c'est-à-dire au moment précis où l'abcès résiduel a commencé à se former peut peut-être nous suggérer une hypothèse qui nous permettra de donner une solution rationnelle : à ce moment la plaie des téguments est ouverte, le péritoine a été incisé, un drain a été enfoncé jusque dans le Douglas. Les plans aponé-

vrotiques et le péritoine n'ont été suturés qu'au-dessus du drain. Mais pour aussi parfait qu'ait été l'assèchement du Douglas, tout le pus de l'abcès appendiculaire n'a pu être enlevé.

Dès lors, rien ne s'oppose à ce que le pus ait pu longer la surface externe du drain et ait remonté jusqu'à la plaie ouverte du péritoine.

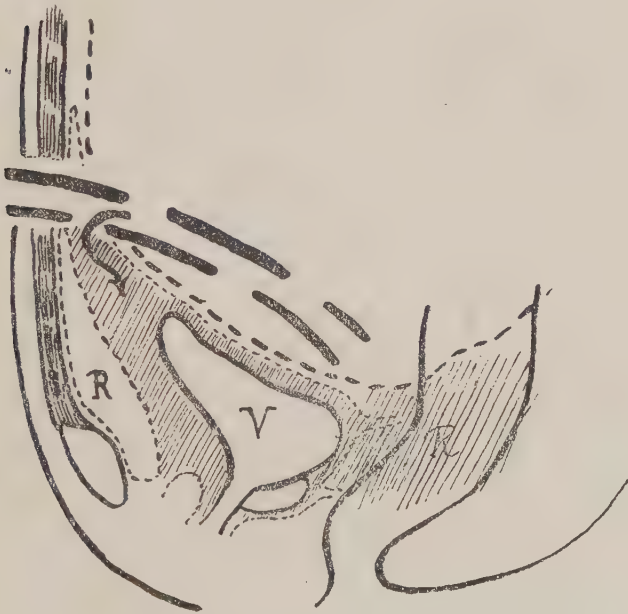


FIG. 2.

Là, profitant du léger vide-fait par la gangrène des aponévroses, les premiers jours consécutifs à l'opération, il a pu accentuer ce vide, contourner le péritoine, passer entre lui et la vessie pour, après avoir suivi la face supé-

rieure de cette dernière, aller se collecter autour du rectum.

Comment donc peut-on agir pour éviter la formation possible de cette complication ?

La théorie que nous avons donnée comme rationnelle pour la formation de cet abcès résiduel indique ce qu'il faut faire :

Du moment que le pus est arrivé à se frayer une route entre le péritoine et les plans aponévrotiques, il faut lui fermer cette voie.

Aussi proposerons-nous, pour éviter la formation possible d'abcès résiduel, analogue à celui que nous présentons dans notre observation, de fixer le péritoine aux téguments, chaque fois que l'on aura été obligé de placer un drain dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé BONNET.

(Inédite)

B... Félix Victor, 40 ans, menuisier.

Antécédents héréditaires : Mère morte d'accident ; père mort à 52 ans d'affection que le malade ne peut préciser.

Antécédents personnels : Le malade dit n'avoir jamais été souffrant avant 1914. S'est marié à 26 ans. Femme bien portante qui n'a pas eu d'enfants ; mais on ne relève, dans ses antécédents, aucune fausse couche. Hernie inguinale gauche opérée en 1907. Pendant la guerre, le malade fut mobilisé en 1914. Blessé une première fois, le 7 octobre 1914, à la cuisse droite, par éclat d'obus. L'éclat fut immédiatement enlevé sur le front. Il subsiste une cicatrice de blessure à la racine du membre droit du malade, face postérieure. En 1915, légère éraillure du cuir chevelu. En juin 1916, il fut gazé (hypérite), eut une hémoptysie immédiate, d'ailleurs peu abondante, et de la conjonctivite. En 1917, il eût le gros orteil gauche gelé. En 1918, le 22 octobre, il fut de nouveau gazé (hypérite et arcine) eût des crachats sanglants, de la bronchite, de la conjonctivite et de l'arythénie des bourses. Evacué sur l'hôpital de Malesherbes, il y resta une dizaine de jours, et eût 30 jours de convalescence.

Démobilisé le 22 février 1919.

Le malade a gardé de ces intoxications des troubles digestifs assez importants, caractérisés par des douleurs intenses au creux épigastrique, irradiées dans le dos, survenant tardivement après les repas et réalisant le syndrome douloureux de l'ulcus gastrique.

Le 10 novembre 1921, il fut pris d'une douleurs subite dans la région ombilicale, avec vomissements aqueux répétés. La douleur se localisa le lendemain dans la fosse iliaque droite.

Le 13 novembre, il fut amené à l'Hôtel-Dieu. Il présentait des signes de péritonite par perforation avec occlusion du grêle qui firent penser à une forme méso-cœliaque d'appendicite et fut opéré d'urgence à la Porte par M. le Professeur agrégé Bonnet.

A l'opération, on trouva du liquide séro-purulent libre dans la péritoine et un appendice gangrené enroulé en cor de chasse devant les vertèbres lombaires. Après appendicectomie et assèchement du Douglas à l'aide de compresses, du liquide louche qu'il contenait, on plaça un gros drain. Le reste du péritoine et les plans aponévrotiques furent suturés au-dessus du drain. Les téguments furent laissés ouverts.

Le malade entra le 14 novembre, dans le service de M. le Professeur Tixier.

Les jours suivants, la plaie présenta un aspect gangreneux des aponévroses, mais l'état général, s'était rapidement amélioré. Le drain fut enlevé le 5^e jour.

Le malade semblait s'acheminer vers la guérison, le toucher rectal répété plusieurs fois montrait une souplesse parfaite du Douglas.

Cependant, à la fin de novembre, la température s'éleva et le toucher rectal donnait une sensation pâteuse du Douglas et de l'atmosphère périrectale. Le malade se plaignait de besoins d'uriner très fréquents et douloureux.

Ce malade avait été opéré en 1907 par M. le Professeur Jaboulay d'une hernie inguinale gauche. Un examen, le 4 décembre, montra que la cicatrice de l'incision inguinale ancienne présentait une teinte rose, un aspect œdémateux, comme si du pus allait se faire jour par là. Le toucher rectal permettait de sentir une infiltration périrectale en fer à cheval, dure, et, à gauche, un abcès collecté du volume d'une

mandarine, bombant très bas dans le rectum, comme s'il s'agissait d'une cellulite périrectale et perceptible par le palper hypogastrique combiné. Il fut décidé qu'on attendrait, en surveillant l'évolution de cette collection latéro-rectale.

Le surlendemain, 6 décembre, subitement, dans la matinée, le malade, qui souffrait depuis trois jours de dysurie et de faux besoins d'aller à la selle, se trouva spontanément soulagé par une miction abondante de pus très fétide. Une nouvelle miction sous nos yeux renfermait encore du pus en abondance. Les mictions suivantes s'éclaircissent rapidement. La tension et la rougeur de la cicatrice herniaire diminuent. La température tomba le même jour de 38°2 à 36°9 et se maintint depuis à 37°. L'abcès que l'on sentait bomber sous la paroi gauche du rectum avait diminué de volume, mais il persistait une induration diffuse périrectale prédominante à gauche.

Le docteur Gauthier voulut bien cystoscopier ce malade le 6 décembre. La cystoscopie fut à peu près négative ; on voyait bien en certains points une vascularisation intense, au voisinage de taches grisâtres, mais on ne put découvrir la perforation.

Les jours suivants, la collection perçue sous la paroi gauche du rectum augmentant encore un peu de volume, M. le Professeur agrégé Bonnet décida d'intervenir le 10 décembre.

Il avait tellement l'impression que l'abcès était sous-péritonéal qu'il intervint à gauche, au-dessus de l'arcade, par une laparotomie sous-péritonéale analogue à celle proposée par Pozzi pour l'abord des phlegmons du ligament large. Les phénomènes inflammatoires qui s'étaient passés du côté de la cicatrice herniaire semblaient tracer la voie à suivre.

Il trouva facilement la collection périnéale profondément, et ramena un peu de pus, mais surtout des flammèches purulentes, d'odeur appendiculaire. A l'aide d'une pince courbe, il vérifia par un toucher rectal que la partie collectée du phlegmon était bien évacuée et plaça un drain jusqu'au contact de la paroi rectale. Le drain fut enlevé au 5^e jour (15 décembre) mais l'induration périrectale persista encore quelque temps.

Le 24 décembre, le malade ne présente plus de symptômes urinaires. Au toucher rectal on retrouve une très légère induration encerclant le rectum, particulièrement à gauche. Le malade est encore constipé et à de faux besoins qui le mènent en diarrhée à la selle.

Il est envoyé en convalescence à Longchêne.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès pelviens sous-péritonéaux sont une complication rare dans l'appendicite.

On peut en observer cependant qui ont tendance à se cloisonner dans le petit bassin, autour du rectum et dans les espaces prévésicaux (cavité de Retzius). Il est exceptionnel qu'ils s'ouvrent dans la vessie.

En général, ces abcès se voient au cours ou à la suite d'appendicite à chaud ; l'appendice restant en place.

II. — Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'abcès sous-péritonéal ouvert dans la vessie.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est le caractère résiduel de l'abcès survenu après appendicectomie.

Nous nous demandons si l'infection ne s'est pas faite par voie sous-péritonéale au niveau même de la plaie opératoire à la faveur du drainage laissant la plaie du péritoine ouverte dans la profondeur avec possibilité de décollements sous-péritonéaux.

Aussi proposons-nous dans les cas où le drainage doit

être effectué de fixer le péritoine aux téguments pour éviter la possibilité de l'infection par voie sous-péritonéale.

VU :

Le Président de thèse,
TIXIER.

VU :

Lyon, le 23 novembre 1922.

Le Doyen de la Faculté,

J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 7 novembre 1922.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

BÉRARD et VIGNARD. — *L'Appendicite*, 1914.

BÉRA. — *Thèse Paris*, 1898-99.

Complications post-opératoires immédiates et éloignées de l'appendicite.

P. BONNET. — *Lyon Médical*, septembre-octobre 1922.

BROUARD et GILBERT. — *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*.

Maladies de l'Intestin, tome XVII.

Maladies des organes génitaux-urinaires, tome XXII.

BRUN. — *Presse Médicale*, 1896.

Abcès de la Cavité de Retzius.

CAILLET. — *Thèse Paris*, 1912.

Complications vésicales de l'appendicite.

CHAPON. — *Thèse Paris*, 1900.

62 Cas d'appendicite opérés.

DAMIEN MASSON. — *Thèse Paris*, 1898-99.

Complications vésicales de l'appendicite.

DORMOY. — *Thèse Lyon*, 1897.

L'appendicite à forme pelvienne.

Encyclopédie d'Urologie, t. I.

ENRIQUEZ. — *Académie de Médecine*, 16 mars 1920.

Sequelles de l'appendicectomie.

Journal de Chirurgie depuis 1909.

Journal d'Urologie. 17^e Congrès d'Urologie : Les Péricystites.

- LANCIEN. — *Thèse Paris*, 1902.
Troubles de l'appareil urinaire au cours de l'appendicite.
- LOISEAU. — *Thèse Paris*, 1899.
Fistules éloignées d'origine appendiculaire.
- MONOD (Ch.). — *L'Appendicite*, 1894.
- PICARD. — *Archives Générales de Médecine*, 1896.
Suppurations à distance de l'appendicite.
- PAUCHET. — *Bulletin Médical*, 27 févr. 1904.
Les appendicites pelviennes.
- REYNIER et CHAPUT. — *Société de Chirurgie*, 15-21 juin 1904.
Traitement des abcès appendiculaires pelviens.
- TALAMON. — *Appendicite et Paratyphlite*, Paris 1892.
- VELTEN. — *Thèse Lyon*, 1895.
Les phlegmons sous-ombilicaux d'origine appendiculaire.
- VLADOFF. — *Thèse Lyon*, 1897.
Abcès appendiculaires ouverts dans la vessie.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
Chapitre Premier	
Topographie des abcès sous-péritonéaux pelviens d'origine appendiculaire	17
Chapitre II.	
Pathogénie	22
Chapitre III.	
Evolution de l'abcès périvéréal appendiculaire.....	25
Chapitre IV.	
Etude des particularités de notre observation.....	28
OBSERVATION	31
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	37
